MALATTIE UTERO-OVARICHE E MALTHUSIANISMO

Prof. L. M. BOSSI
Direttore dell'Istituto Ostetrico-ginecologico della R. Univ. di Genova

MALATTIE UTERO - OVARICHE

E

MALTHUSIANISMO

SECONDA EDIZIONE

1909

SOCIETÀ EDITRICE LIBRARIA

MILANO - Via Kramer, 4 A - Gall. De Cristoforis, 54-55

Malthus ed i Rigeneratori o neo-malthusianisti; le cause dei progressi del malthusianismo

ERSO la fine del XVIII secolo, in tempi in cui il limitatissimo sviluppo delle scienze positive e delle loro applicazioni ed in ispecie della meccanica e della chimica, manteneva l'agricoltura, le industrie e sopratutto i mezzi di comunicazione fra le varie regioni del mondo in condizioni deficientissime di fronte all'aumento notevole delle popolazioni nelle regioni abitate tanto da essere non solo possibili ma frequenti anche le carestie, il principio che nello spopolamento si dovesse ricercare il mezzo più efficace contro la miseria economica, è spiegabile che potesse attecchire. Si può quindi comprendere il rumore che sollevò il gesuita inglese Tommaso Roberto Malthus coi suoi *Saggi sulla popolazione con appunti sulle speculazioni di Godwin e di Condorcet,* pubblicati nel 1798 e fatti seguire parecchi anni dopo dal *Saggio sul principio della popolazione,* opera in cui riproduceva i risultati di studi da lui stesso fatti con Clarke in Scandinavia, in Danimarca, in Russia, in Svizzera e in Savoia e nella quale è contenuto il sistema Malthus.

Quesnay, Montesquieu, Franklin e tutta la schiera dei fisiocratici che precedettero Malthus già avevano enunciata l'idea che fosse necessario per l'umanità stabilire che la popolazione avesse per limite la quantità della nutrizione disponibile.

Malthus però approfondì e specificò meglio e più ampiamente tale concetto tanto da ottenere che le sue teorie assumessero l'importanza di una vera e completa teoria portante il di lui nome. E non è inutile riferire qui le due proposizioni sue fondamentali contenute nel *Saggio sul principio della popolazione,* e che sono così esposte:

1.º « Noi possiamo tenere per certo che quando la popolazione non è trattenuta da alcun ostacolo, si raddoppia ogni 25 anni e cresce di periodo in periodo secondo una progressione geometrica;

2.º « Noi siamo in grado di pronunciare, partendo dallo stato attuale della terra abitata, che i mezzi di sussistenza nelle circostanze più favorevoli all'industria non possono mai aumentare più rapidamente che secondo una progressione aritmetica. E cioè: la razza umana cresce come i numeri 1, 2, 4, 8, 16, 32, 64, 128, 256, mentre che le sussistenze crescerebbero come 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 ».

In base ai quali dati Malthus, onde ovviare a tale inconveniente, proponeva vari mezzi, fra gli altri il celibato o il maritaggio protratto fino a tanto che i coniugi siano in grado di nutrire la propria prole. E soggiungeva: « un uomo che nasce in un mondo già occupato, se la sua famiglia non può più nutrirlo o se la società non abbisogna del suo lavoro, non ha diritto a pretendere una porzione qualunque di nutrimento ed è realmente soverchio alla terra. Al gran banchetto della natura non vi ha per lui un servito. La natura gl'impone di andarsene e non tarda essa stessa a mandare ad effetto quest'ordine ».

È chiaro quanto sia inumano il sistema del gesuita inglese, ma egli, economista di indubbio valore, diede tale impronta persuasiva alla sua teoria che, data l'indole dei tempi ed il terreno in cui i suoi principii vennero seminati, trovò seguaci convinti in tutte le classi sociali tanto che, come dissi, prese il nome di *malthusianismo* l'applicazione di tutti i mezzi atti a diminuire l'aumento della popolazione.

Però collo sviluppo avveratosi in modo imponente, insperabile delle scienze positive e quindi cogli enormi progressi nelle industrie, nell'agricoltura (per la coltura intensiva), dei mezzi di comunicazione che ci misero in rapporto anche colle più lontane e fertili e quasi inabitate regioni, era da ritenersi che il malthusianismo dovesse cessare dall'avere dei fautori... dichiarati.

Ma i fatti contraddissero e contraddicono anche in questo caso la logica ed i cultori di statistica constatano la graduale diminuzione delle nascite in paesi, appunto come la Francia, dove maggiormente trionfano i principii di Malthus; il sociologo, analizzando tale risultato, ne predice le gravi conseguenze e fa appello ai governi ed alla scienza perchè si ponga argine alla invadente piaga, il ginecologo

constata ogni giorno con quale incosciente indifferenza si confessino dalle pazienti le pratiche malthusiane come se si trattasse della cosa più naturale del mondo.

Nè basta, perchè da quell'immenso focolaio di grandi beni e di grandi mali quale è la Francia, proprio in questi giorni una nuova vampata malthusianistica si è sviluppata.

Una nuova scuola malthusiana è sorta in Francia e per propagandare le proprie idee ha pure fondato, auspice Paul Robin, un giornale che ha per titolo: *Régénération — Limitation volontaire des naissances,* e che è diretto da Gabriele Giroud. — Ecco come Amilcare Cipriani in un suo articolo *I rigeneratori,* inviato al giornale politico *Il lavoro,* sintetizza simile apostolato:

« . . . Ecco dunque che sorge una nuova scuola che sotto pretesto di rigenerare l'umanità, non solo non rigenera nulla, ma distrugge la salute e la vita.

« Il nome proprio di questi signori sarebbe *demolitori,* se tale appellativo non fosse equivoco, designando anche coloro che vogliono distruggere l'ordine politico e sociale presente, nelle schiere dei quali mi onoro di militare.

« Cotesti rigeneratori s'applicano a qualche cosa di più facile, di più dilettevole per essi e di meno compromettente.

« Non attaccano le istituzioni capitalistiche, fondate sullo sfruttamento umano, ma intendono allo spopolamento, consigliando l'aborto e i mezzi per impedire la fecondazione.

« Pretendono che per essere felici e vivere di una vita beata in una società perfetta bisogna colpire a morte il germe della vita nel seno della donna.

« Con questo sistema — dicono — non più poveri, non più sofferenti, non più affamati. La terra sarà popolata di pochi esseri contenti e felici.

« Sono neo-malthusiani che seguono il reverendo Malthus nell'insegnare che, riducendo al minimo il numero delle nascite, si assicura il benessere ai pochi cui si permette l'entrata nel mondo.

« Per raggiungere questo fine essi consigliano provvedimenti meno barbari di quelli che un tempo furono proposti, ma che non sono meno riprovati dalla natura e che traggono seco la degenerazione e la depravazione.

« Io so bene che oggi, per egoismo, molti, specialmente fra i ricchi, sono un po' malthusiani: ma è mio fermo pensiero che la società dell'avvenire, per essere felice, non avrà punto bisogno di ricorrere al delitto ».

Contro i neo-malthusianisti, che sotto il qualificativo di rigeneratori tendono a dare un'impronta, direi morale e quasi di salvezza sociale alle teorie del Gesuita inglese, sorsero in arme appunto di questi giorni i più valorosi sociologi quali Eliseo Reclus, Stakelberg ed altri, e più avanti riporterò appunto un brano molto eloquente del loro appello alla società.

E a questo allarme, a questo onesto e sanamente civile appello devo l'aver ripreso a compilare queste pagine che, iniziate, erano rimaste quasi dimenticate per alcuni anni, per la solita tirannia del tempo.

Se però sospesi lo scrivere, non tralasciai mai di occuparmi di questo grave problema man mano che un notevole materiale clinico ginecologico passava sotto ai miei occhi, fornendomi ogni giorno una maggiore e più probativa casistica per trattarlo dal lato sanitario, come lo provano le mie pubblicazioni:

Frequenza delle malattie uterine e progressi della propedeutica ginecologica, prelezione al Corso di Ginecologia all'Università di Genova, anno 1887 (*La Riforma medica,* febbraio 1888);

Sull'abuso delle operazioni demolitrici in Ginecologia, 1898 (*Archivio di Ostetricia e Ginecologia,* Napoli 1898);

Alcune note sul moderno indirizzo didattico e clinico nel campo ostetrico e ginecologico (*Rassegna di Ostetricia e Ginecologia,* Napoli 1899);

Sulla profilassi ginecologica. Congresso regionale medico di Varese, 1891 (*Rassegna di Ostetricia e Ginecologia,* Napoli 1901);

La legge sul divorzio considerata dal lato ginecologico (*Rassegna di Ostetricia e Ginecologia,* Napoli 1902),

nelle quali trattando la questione della frequenza delle malattie utero-ovariche, delle cause di queste e della profilassi contro di esse accenno appunto alle conseguenze delle applicazioni del malthusianismo.

Le *ragioni* per le quali in oggi più assai che per i tempi passati la triste teoria ha vaste applicazioni si possono ridurre alle seguenti:

1.° La vita divenuta più costosa per le crescinte esigenze so–

ciali. I progressi nelle industrie, i mezzi di comunicazione enormemente aumentati, facilitati, l'istruzione più diffusa, hanno certo innalzato la somma così della civiltà come dei bisogni dell'uomo.

2.° L'aumentato egoismo individuale, naturale conseguenza della più allargata percezione della possibilità di una vita più bella, più variata, relativamente più felice, donde:

a) fra le donne maggiormente diffusa la preoccupazione di conservare il più a lungo possibile la propria estetica e quindi anche di non sciupare troppo rapidamente per la funzione della procreazione il proprio fisico; quindi *egoismo estetico* e *fisico;*

b) nelle famiglie il maggior desiderio di denaro onde poter fruire delle tante soddisfazioni che il progresso civile, emanazione e applicazione del progresso scientifico, fornisce; quindi *egoismo pecuniario;*

c) il facile allontanamento, la distrazione dalle soddisfazioni delle intimità della famiglia, dell'*home* degli Inglesi, per i moltiplicati godimenti esterni; *egoismo personale* e quindi, la *disorganizzazione della famiglia.*

3.° Il diffondersi dei principii della lotta di classe. Dal quasi bruto indifferentismo russo e maomettano le classi lavoratrici e povere nelle nazioni più evolute si sono ridestate, ed anch'esse agognano ai beneficì della nuova civiltà; non vogliono più essere unicamente strumento pel godimento dei pochi, ma reclamano anch'esse il loro posto al banchetto della felicità umana. Di fronte a tale risveglio le classi dirigenti e ricche invece di sentirne l'equità e anche la civile e universale utilità, studiansi di gradualmente aiutare i loro simili ed evolversi, a mettersi in condizioni di sedersi al loro fianco per fraternizzare nella comune festa del progresso civile, tendono a maggiormente circoscriversi in classi di resistenza quasi fortificandosi col drizzare più alte le barriere che le separano dalle classi proletarie, ed a tal uopo cercano di centralizzare le ricchezze con scarsa prolificazione, senza pensare che il capitale è uno strumento che tanto vale in quanto vi hanno proporzionatamente altrettante forze intellettuali che lo sanno usare. È il metodo feudale che vorrebbe sostituirsi al metodo delle riforme.

4.° La mancanza in alcune nazioni di una legge che permetta la ricerca della paternità e il divorzio.

A questo riguardo è necessario rilevare che l'Italia sarebbe fra i

paesi che più tardivamente fu infestato dal malthusianismo, ma in oggi pure fra noi esso indubbiamente trionfa e non ultime cause devono ritenersi:

a) la barbara deficienza nella tutela della donna madre, la proibita ricerca della paternità per cui l'aborto criminoso si offre come unica àncora di salvezza alle tante disgraziate vittime dell'infame egoismo maschile;

b) le restrizioni ognor maggiori che dai brefotrofi vengono poste all'accettazione degli illegittimi e la mancanza d'altro lato di Casse di Maternità (promesse e mai attuate) per sovvenzionare le gestanti e le puerpere povere, donde altro incentivo all'aborto criminoso;

c) la mancanza di una legge sul divorzio che obbliga quindi i separati di corpo al forzato quotidiano malthusianismo onde non procreare degli illegittimi.

Il ginecologo che quotidianamente assiste a tali tristi conseguenze non può a meno, se ha cuore e coscienza, che alto gridare *onta* al Governo italiano che per il più vile opportunismo politico e confessionale lascia il popolo privo delle leggi più sacre.

Nè oltre mi dilungo sulle *cause* onde non uscire dai limiti del tema che mi sono proposto. Basti il sapere che le applicazioni malthusiane vanno prendendo proporzioni ovunque così gravi che il preoccuparsene ed il porvi argine con razionali persuasive discussioni è doveroso per ogni cittadino.

Come dal titolo appare io tratto l'argomento dal lato sanitario e precisamente dal lato ginecologico traendo profitto dell'esperienza di 18 anni di studio e di esercizio clinico ginecologico.

Molto e molto vi sarebbe a dire dal lato sociale, ma a questo riguardo mi limito a riprodurre quanto testè scrisse lo Stakelberg, il quale, come dissi, con Elisco Reclus ed altri chiari sociologi, sostiene un'aspra lotta contro i così detti *rigeneratori* capitanati da Giroud.

« Quanto alla portata sociale della dottrina che ci occupa, noi ce ne dichiariamo nemici irreducibili, perchè essa è la negazione assoluta del socialismo e della rivoluzione.

« La *Rigenerazione* vorrebbe ridurre la popolazione del globo a 500 milioni.

« Se realmente la terra contenesse ora più abitanti di quanti ne

possa nutrire, non solo la guerra sarebbe un beneficio, ma l'umanità del medio evo, che era molto meno densa di oggi, invece di essere tormentata dalle carestie e da ogni sorta di mali, avrebbe dovuto vivere in un idillico benessere.

« A pari condizioni di produttività del suolo, i paesi a popolazione fissa dovrebbero essere più infelici degli altri spopolati ».

La realtà è il contrario. La Russia Europea novera 19 abitanti per chilometro quadrato, mentre la Francia ne ha 72 e la Germania 104. Ora non è in Russia, a quanto sappiamo, che regna l'abbondanza!

« Il malthusianismo classico — quello del vecchio economista ed evangelista nato nel 1764 e morto nel 1834 — pretendeva che la popolazione tende a crescere secondo una progressione geometrica: 1, 2, 4, 8, 16, 32, 64, 128, ecc.; mentre le sussistenze non potrebbero crescere che secondo una proporzione aritmetica: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, ecc. Se ciò fosse vero, anche supponendo che l'umanità avesse cominciato ad esistere ai tempi di Carlomagno, da lunga pezza gli uomini si sarebbero divorati l'un l'altro. Su di un prato di un chilometro quadrato, due buoi stanno meglio che dieci, perchè il bue non tira un beneficio diretto dalla sua produzione, mentre, sullo stesso chilometro, dieci uomini stanno meglio che due, perchè l'uomo produce più che non consumi — e qui anzi è la sua differenza specifica dagli altri animali.

« Ricordiamo, sulla fede di statistiche ufficiali, che in Germania 67,000 capitalisti detengono un terzo delle terre tedesche; in Inghilterra il 65 % del territorio appartiene a 100,000 individui; in Francia 138,671 proprietari possiedono quasi la metà del suolo nazionale, mentre un solo settimo appartiene a piccoli proprietari che lo coltivano.

« Più della metà delle ricchezze degli Stati Uniti d'America, che contano 800,000 abitanti, si trova fra le mani di 45,000 persone. Nel solo anno 1900 i guadagni del *trust* dell'acciaio ammontarono a 480 milioni di franchi.

« Dalle elaboratissime statistiche del Wright risulta che agli Stati Uniti gli operai non ricevono, sotto forma di salario, che il 18 % del valore che producono; in Inghilterra il 24 %, in Francia il 31 %, in Germania il 29 %, in Ispagna il 33 %, in Russia il 51 %,

in Italia il 49 %. Queste ultime due cifre non indicano certo che in Russia e in Italia i salari siano più alti, ma solo che il lavoro è ivi meno produttivo perchè meno perfezionata la tecnica.

« Il fatto che in periodo capitalista il lavoratore non tocca il 50 % del valore del suo prodotto, *che i salari sono in proporzione inversa alla produzione,* che sopra quattro uomini maggiorenni uno solo è produttore diretto, dimostra perentoriamente che il socialismo potrà ridurre a metà le ore di lavoro pur raddoppiando i mezzi di sussistenza ».

A cui l'ottimo Cipriani fa seguire:

« Per mio conto aggiungo che la terra, che oggi è popolata da un miliardo e mezzo di abitanti può contenerne e nutrirne dieci volte di più.

« Vi sono contrade in Oceania, nella Groenlandia, quasi deserte, che possono contenere centinaia di migliaia d'abitanti, senza contare l'America che può averne venti volte di più che non ne abbia. La stessa Europa, in luogo dei suoi 250 milioni di abitanti, può nutrirne il quadruplo.

« Non è dunque la densità della popolazione che affama i lavoratori; non è la cifra delle nascite che bisogna limitare o ridurre. È la miseria che bisogna distruggere.

« E per annientare questo flagello che disonora l'umanità non vi è altra via che la realizzazione dell'eguaglianza sociale.

« Verrà giorno in cui gli uomini liberi e felici penseranno al malthusianismo ed ai *rigeneratori* come ad una delle infamie caratteristiche d'una società composta di miliardari e di mendicanti ».

Ma ampiamente fu trattato il problema dal lato sociale in tutti i tempi dacchè Malthus scrisse i suoi *Saggi sulla popolazione, ecc.*, e con varia fortuna per i favorevoli e per gli oppositori. Un lato quasi completamente trascurato invece e che all'incontro ha un'importanza gravissima è quello sanitario, in ispecie il ginecologico, rilevare cioè *se e quali lesioni conseguino all'apparecchio genitale femminile e, per riflesso, a tutto l'organismo dalla pratica del malthusianismo.* Vedremo come tali conseguenze sono tanto frequenti e gravi che dovrebbero per sè stesse costituire l'accusa più demolitrice contro la teoria di Malthus e dei neo-malthusiani, così detti *rigeneratori.*

Per bene comprenderci vediamo anzitutto quali siano i *metodi* coi quali si pratica il malthusianismo.

Due sono fondamentalmente i modi con che si può praticare il malthusianismo, e cioè:

1.° *Evitando la fecondazione,* e ciò si ottiene:

a) col coito incompleto, evitando cioè che il liquido spermatico venga eiaculato in vagina;

b) coll'introduzione in vagina di sostanze che uccidono i nemaspermi, siano esse liquide (soluzioni di acido salicilico, acido carbolico, permanganato di potassio...) o sotto forma di suppositori vaginali (in generale burro di cacao con acido salicilico, chinino, ecc.), che posti in vagina qualche quarto d'ora prima si sciolgono; sono *mezzi chimici;*

c) coll'introduzione nel fondo vaginale di oggetti (spugne, garza, cotone, ecc.) e coll'applicazione sul collo dell'utero di apparecchi (pessarî di gomma a guisa di coppe, ecc.) aventi per obbiettivo d'impedire l'entrata nel canale cervicale dell'elemento spermatico;

d) col ricoprire il pene con apparecchi (condom) che impediscono allo sperma di spandersi in vagina;

e) colla castrazione della donna.

2.° Avvenuta la fecondazione, arrestando lo sviluppo del prodotto del concepimento, e cioè coll'*aborto criminoso,* od uccidendolo, *infanticidio.*

Infanticidio.

L'infanticidio costituisce per sè stesso tale un delitto che non abbisogna certo di essere analizzato perchè ne appaia la gravità, e la sua trattazione, d'altronde, esce dall'obbiettivo del quesito che ci siamo imposti.

Aborto criminoso.

Di somma importanza invece è l'*aborto criminoso,* oltrechè dal lato morale e sociale, che pur non è qui il caso di trattare, dal lato sanitario.

È credenza nefasta, sovente fatale, radicatasi e divulgata nel pubblico, che l'interruzione artificiale della gravidanza nei primi mesi

di gestazione costituisca quasi una leggera infrazione alle leggi di natura, sia quasi priva di conseguenze.

Ed è in base a tale credenza che gli aborti provocati coll'unico obbiettivo di liberarsi di uno stato ritenuto incomodo o compromettente o lesivo di interessi materiali, si moltiplicauo ogni giorno più.

In una mia pubblicazione portante il titolo: *Contributo allo studio della frequenza, delle cause e del trattamento dell'aborto* (1), già richiamai l'attenzione su tale fatto e asserivo non essere tale frequenza sufficientemente riconosciuta dai clinici. Nè credo inopportuno qui riprodurre quanto a tale riguardo allora scrivevo:

È certo non facile problema lo stabilire la frequenza dell'aborto in questi tempi di vita così antinaturale in cui le idee malthusiane vanno facendosi tanta strada, da minacciare persino nella sua vitale esistenza l'avvenire di una fra le più potenti nazioni moderne.

Ma pur limitandoci, come è intenzione mia, all'aborto spontaneo, indubbiamente dobbiamo ritenere che esso si avveri molto più di frequente di quanto in generale si ammetta e dagli autori si pubblichi in base particolarmente alle statistiche ospitaliere (2). Basterebbe a dimostrarlo le seguenti considerazioni:

1.° Moltissimi aborti, avvenendo nelle prime settimane, passano quasi inosservati anche alle pazienti stesse, che li ritengono flussi mensili ritardati e abbondanti, salvo poi a dover col tempo ricorrere al ginecologo per curarne le conseguenze.

2.° Nei primi due o tre mesi stante la poca importanza che il pubblico attribuisce in generale all'interruzione della gravidanza nei suoi primordî, l'assistenza è unicamente fatta o dalla levatrice, o semplicemente anche da qualche parente o conoscente, che si ritiene versata in materia, salvo pure in questi casi a constatarne poi gli effetti quando, per le conseguenze che ne derivano, deve intervenire il ginecologo.

3.° Anche i casi che richiedono l'intervento del sanitario si esplicano in gran parte a domicilio, accuditi il più sovente dal medico di famiglia, che certo non ne tiene calcolo per una statistica generale, e, stante la poca esperienza al riguardo ed il poco inte-

(1) Vedi *Annali di Ostetricia e Ginecologia*, n. 2, 1898.

(2) Hegar, Schroeder, Charpentier, Lautaud, Barnes ed altri.

resse scientifico, non si cura certo di farne uno studio particolareggiato, bastandogli provvedere all'opportuno trattamento.

Che se interviene lo specialista, questi pure d'abitudine non ne fa argomento di statistica, a meno che appartenga ad un'istituzione per l'assistenza delle partorienti povere a domicilio, che lo obbliga a segnarlo con tutti i particolari sul registro clinico.

Volendo quindi conoscere, non dico in modo assoluto, ma approssimativamente la realtà dei fatti a tale riguardo, ai dati di tali istituzioni noi dobbiamo ricorrere, ciò che solo ora possiamo fare, perchè si è da non molti anni che esse cominciarono ad aver vita in Italia, primamente a Milano nel 1890, e successivamente a Genova nel 1891 ed in seguito poi a Torino, a Parma, a Bologna, a Napoli, ecc.

Mi è per tal modo grato poter fornire un'eloquente statistica comparativa al riguardo, dei due centri che pei primi ebbero tale iniziativa, Milano e Genova. Rileviamo così da un precedente rendiconto pubblicato dalla Guardia Ostetrica Permanente di Milano (1), che su 1076 interventi ostetrici a domicilio, furonvi 309 casi d'aborto o minaccie d'aborto. E nella stessa città, dal rendiconto di un sessennio della Clinica Ostetrica di S. Caterina abbiamo che su 3472 casi ostetrici, non furonvi che 93 soli casi di aborto o minaccia di aborto (2). E venendo alla nostra Genova vediamo che su 1835 interventi ostetrici registrati in tre anni dalla Guardia Ostetrica Permanente Genovese, che ho l'onoro di dirigere, furonvi 478 casi di aborto o minaccia d'aborto. Le quali cifre, volendo confrontare con Istituto ospitaliero pure da (allora) me diretto, la Clinica di Novara, abbiamo che quivi invece su 1181 casi ostetrici, non furonvi che 52 casi di aborto o minaccia di aborto. E riassumendo perciò: su 2911 casi ostetrici a domicilio, 787 aborti o minaccie d'aborto; su 4653 casi ostetrici in Istituti ospitalieri, 141 aborti o minaccie d'aborto. Questi risultati mi vennero poi confermati da un altro studio statistico che evidentemente mi riuscì ben più facile e breve ad eseguire, e che è alla portata di qualsiasi ostetrico.

---

(1) Ferri, *Rendiconto della Guardia Ostetrica di Milano*, 1896. *Giornale delle levatrici.*

(2) Comunicazione epistolare.

Dall'anamnesi cioè delle pluripare raccolsi:

a) il numero dei parti precedenti;

b) il numero degli aborti per ciascuna.

Mi fu così possibile constatare che su 12.910 parti ebbero luogo 2780 aborti; poco meno quindi di 22 aborti per ogni 100 parti a termine, percentuale d'assai superiore a quelle date dagli autori in generale.

Dai quali dati due conclusioni ovvie emergono:

1.° La notevolissima frequenza con che il sanitario deve intervenire per aborto o minaccia di aborto a domicilio, rappresentata tale frequenza da circa *un quarto* dei casi, epperciò l'utilità di studiarne le cause;

2.° L'opportunità di studiare questa seria complicanza specialmente a domicilio, approfittando delle istituzioni che hanno per obbiettivo tale servizio.

Ora si deve considerare che in tali dati figurano numerosi casi di aborti criminosi che sfuggono alle indagini del sanitario per mancanza di fatti obbiettivi rintracciabili e tali da autorizzare alla denuncia. Tali sono i casi che obbligarono a chiedere l'intervento dell'ostetrico per complicanze pericolose insorte e nei quali, nel contempo non era possibile, ripeto, rilevare le traccie di procurato aborto.

Maggiormente necessita rilevare poi che la *massima parte* degli aborti criminosi viene provocata nei primi tre mesi di gestazione e ciò per tre circostanze. La prima perchè chi ha tale delittuosa intenzione cerca di liberarsi al più presto possibile. La seconda per credenza che nei primi tre mesi il crimine sia minore, la colpa meno grave, quasichè il sopprimere un organismo vitale e vivente a uno, due, tre mesi costituisca delitto inferiore al sopprimerlo al quarto, quinto, sesto mese di gestazione. La terza, e questa più incentiva delle prime due, è la già accennata convinzione del pubblico profano non solo; ma anche di levatrici e di molti medici, che l'aborto nei primi tre mesi sia meno pericoloso e dannoso.

Non occorrono certo dimostrazioni per persuadere che l'aborto, a qualunque epoca si provochi criminosamente (e quindi nelle condizioni meno favorevoli) può essere sempre dannoso e pericoloso.

Tutto quanto è contro natura è sempre dannoso.

Ma qui è il caso di dimostrare come gli aborti nei primi tre mesi. quando cioè più fa comodo applicare le teorie malthusiane, sono:

1.° più pericolosi per la vita;

2.° più frequentemente lasciano l'apparecchio genitale in istato di morbilità (1).
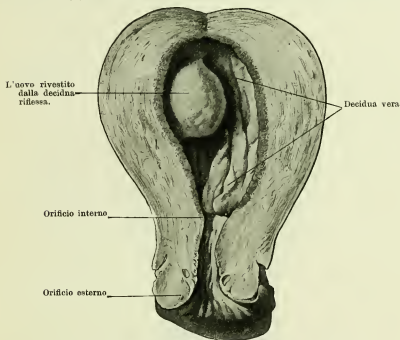
Fig. 1. — Utero con l'uovo alla 4.ª settimana di gravidanza (grand. natur.).

Dimostrerò ciò:

1.° in base ai dati anatomo-fisiologici dello sviluppo dell'uovo fecondato;

2.° in base ai dati clinici e anatomo-patologici da me raccolti.

È noto che tosto l'ovulo fecondato si impianta sulla membrana mucosa che tappezza la cavità uterina provoca nella mucosa stessa una rigogliosa ipertrofia, aumentando essa tanto da ripiegarsi sul l'uovo così da incapsularlo (caduca o decidua riflessa). Ne aumenta in modo sorprendente lo spessore e l'estensione e nel contempo si

(1) Volendo che la presente pubblicazione possa servire anche di utile propaganda contro l'ognor crescente diffusione delle applicazioni delle teorie malthusiane dovetti indugiarmi anche a esporre fatti e fenomeni elementari onde rendermi comprensibile anche ai profani di cose sanitarie.

trasforma l'epitelio di rivestimento (cellule deciduali). Accade per tal modo che detta membrana completamente trasformata viene a suddividersi distintamente in tre parti: la *decidua* o *caduca serotina* (vedi fig. 1 e 2) che è il tratto su cui l'ovulo si è fissato e questa si dimostra subito la più ricca di vasi e quella di maggior spessore, la *riflessa*
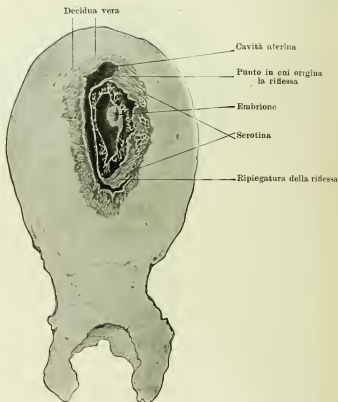
Fig. 2. — Sezione di un utero con uovo alla 4.ª settimana di sviluppo. Ingr. di circa $^1/_{10}$. Preparato della Clinica di Halle.

che è la parte ripiegatasi sull'uovo, e la *vera* che è rappresentata dalla mucosa che tappezza la rimanente superficie della cavità uterina.

Ora nei primi tre mesi di gestazione l'involucro esterno o corion dell'uovo manda propaggini a guisa che si insinuano così nella decidua serotina che nella riflessa, propaggini contenenti vasi e che servono a togliere dalla madre il materiale nutritizio (fig. 3). Epperò tali propaggini nel mentre vanno man mano col progredire della gestazione divenendo sempre più rigogliose e ricche di vasi in corri-

spondenza dell'area d'inserzione o caduca serotina tanto da prendere il nome qui di corion *frondosum*, in corrispondenza della decidua riflessa vanno man mano atrofizzandosi e divenendo meno ricche di vasi.

E nel contempo man mano che l'ovulo si sviluppa le mucose trasformate in caduca riflessa e vera venendo compresse l'una contro
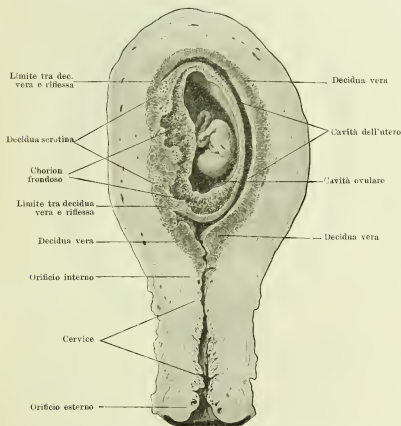
Fig. 3. — **Utero con novo alla fine del 2.° mese di gestazione. Sezione longitudinale. Grandezza naturale.**

(Da nn preparato della Clinica ostetrica di Basilea).

l'altra si assottigliano. Ma tale assottigliamento non è evidente che verso la fine e al di là del terzo mese e non è avanzatissimo che al quarto e quinto mese. Al quarto l'ovulo viene nutrito solo dalla caduca serotina che si è sviluppata in modo straordinario così da formare la placenta, la caduca riflessa è ridotta ai minimi termini e la vera meno spessa. Alla fine del quinto mese poi anche la caduca o decidua vera (v. fig. 4) è completamente atrofizzata.

Ora da tale rapida descrizione dello sviluppo dell'ovulo e delle trasformazioni che produce nei tessuti materni, chiaramente appare che se si interrompe artificialmente la gravidanza nei primi mesi provocando la morte, come il più delle volte accade negli aborti
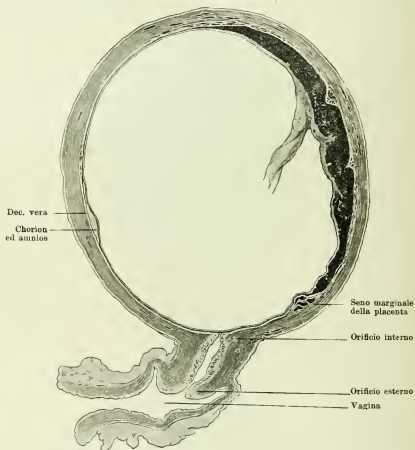
Fig. 4. — Utero gravido al 5.° mese. Sezione longitudinale: metà della grandezza naturale. (Da un preparato della Clinica ostetrica di Basilea).

criminosi, dell'embrione, verrà espulso l'embrione e in parte l'ovulo ma vi sarà tanto maggior facilità che rimangano residui di ovuli ed in particolare di decidua riflessa e di vera ed anche di serotina quanto più siamo lontani dal periodo in cui la decidua vera e la riflessa vengono atrofizzate e che la serotina venga isolata, organizzata in placenta.

Quindi l'epoca della gestazione in cui l'espulsione dell'ovulo e degli annessi può più facilmente riuscire completa è dal quinto mese in poi.

Alla fine del terzo mese la caduca vera è ancora di notevole spessore e facilmente rimane aderente, nel secondo e primo, trovandosi, ripeto, ancor più notevolmente spesse tanto la riflessa che la vera possono rimanere maggiormente nella cavità uterina in uno a porzioni d'ovulo non solo, ma anche la serotina non essendosi organizzata, isolata in placenta, più facilmente può lasciare dei brandelli aderenti all'utero (fig. 5).

Ed il persistere di residui ovulari nella cavità uterina costituisce appunto la complicanza più frequente e, dopo l'infezione, la più grave nell'aborto.

Le conseguenze infatti sono ovvie.

I residui ovulari rimanendo in cavità dànno luogo a ripetute emorragie che conducono a gravi stati d'anemia la paziente.

I residui ovulari arrestandosi in cavità impediscono la normale involuzione dell'organo, che rimane poi congestionato e subinvoluto.

I residui ovulari in cavità facilmente si decompongono e dànno luogo a una vera iutossicazione di tutto l'organismo, oltre di che costituiscono il più facile terreno a gravi infezioni. E le *annessiti*, le *pelvicelluliti*, le *pelviperitoniti* sono un frequente risultato di tali residui. L'intervento col raschiamento dei residui e la disinfezione della cavità riparano il più delle volte a simili conseguenze.

Ma di fronte alla enorme frequenza di detta complicanza particolarmente negli aborti criminosi, frequenza che pei primi tre mesi per induzione si potrebbe ritenere di 90 su 100 aborti (stante le condizioni speciali in cui appunto si procede a tale atto), di fronte, dico, a sì enorme frequenza, sta il fatto che così le pazienti che i complici difficilmente ricorrono allo specialista, e le infelici rimangono talora anche dei mesi coi residui del corpo del delitto *in loco.*

Nè d'altronde è a dimenticarsi poi che anche al quarto, quinto, sesto mese, è facile, per l'indole delle manovre stesse abortive (spugne, tupelo, laminaria, puntura delle membrane), il residuare di pezzi di placenta nella cavità uterina.

E per la stessa ragione ovvio è il comprendere come le *infezioni puerperali* che già mietono vittime negli aborti spontanei, costituiscono una delle tristi caratteristiche dell'aborto provocato per scopi

malthusiani. E poichè in tali casi il timore dello scandalo o della denuncia rende titubante la levatrice nel ricorrere al ginecologo,
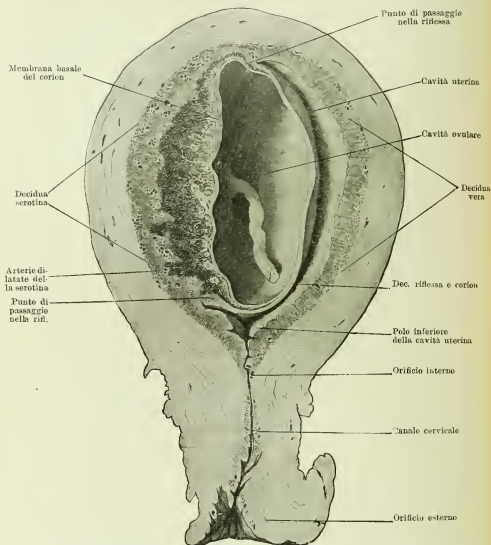
Fig. 5. — Utero con uovo alla fine del 3.° mese di gravidanza. Sezione longitudinale. Grandezza naturale.

(Da un preparato della Clinica ostetrica di Basilea).

ne consegue che viene meno o almeno tarda anche l'intervento benefico dell'arte, e pur troppo accade che quando esso si effettua la

catastrofe è inevitabile e la giovine madre soccombe. E quando il sanitario giunge in tempo a evitare la morte, l'apparecchio genitale rimane il più delle volte in istato di quasi inguaribile morbilità.

E tacer non si deve delle imponenti e talora fatali *metrorragie* che in simili circostanze accompagnano l'aborto.

Nè qui si arrestano, ripeto, le dolorose frequenti conseguenze. Quando anche non sussegue metrorragia grave, nè infezione puerperale, e non rimangono nella cavità uterina residui ovulari, venendo invece l'ovulo espulso in totalità e decorrendo il puerperio afebbrile, la paziente non ha ancora finito la sua triste *via crucis.*

Una delle lesioni uterine fra le più frequenti, la più noiosa e difficile a curarsi e che, senza essere per sè stessa gravissima è però causa di innumerevoli disturbi non solo, ma di altre lesioni anche maggiori, è la *retrodeviazione dell'utero.*

Ora è un fatto acquisito alla scierza che le retrodeviazioni dell'utero sono nel maggior numero di origine puerperale, e in ciò convennero anche al Congresso Internazionale di Ginecologia di Ginevra, tenutosi nel 1898, Künster, Pozzi, Polk, P. Reynier, W. Gill-Wylie, Jacobs, Pichevin, Petit, Schwartz, Bouilly, E. Kummer, Otto Engström, Sänger, Doleris, A. O. Lindfors, Palmer Duoley, Edebohls, Creek, ecc., che successivamente presero la parola sull'importante argomento.

In una mia memoria (1) pubblicata nel 1898 sul medesimo fatto io insistetti concludendo che sopratutto è in seguito all'aborto che l'utero rimane retrodeviato.

Ora se ciò avviene abitualmente, dopo gli aborti spontanei non richiesti, ma nei quali l'arte sovente tutto fece per impedirli, facile è comprendere quanto maggiormente accadrà, come accade, in seguito all'aborto criminoso che in generale non permette alla puerpera di aversi le cure che l'igiene ginecologica impone.

Così per il falso concetto esistente nel pubblico e a cui già accennai, che l'aborto nei primi mesi costituisca una complicanza di lieve entità, come per la necessità e il desiderio esistente nelle donne che criminosamente abortiscono, di occultare il delitto, accade

---

(1) *Sulle retrodeviazioni dell'utero in gravidanza* (*Archivio italiano di ginecologia*, n. 6, Napoli, dicembre 1899).

che queste, svuotato l'utero, tengono il letto il meno possibile non solo, ma per sollevare minori sospetti, si dànno al più presto alla vita abituale, esagerandola anche, si stringono nel busto, e compiono, senza certo volerlo, tutto quanto costituisce le maggiori cause di retrodeviazione d'utero d'origine puerperale.

È ovvio infatti il comprendere che l'utero puerperale anche dopo un aborto dei primi mesi è più pesante e flaccido, e ciò specialmente se fu traumatizzato dalle manovre abortive, che flaccidi e allungati sono i legamenti, e flaccida, poco resistente la massa dei tessuti vagino-perineali che devono mantenerlo in posto.

Ora se in tali condizioni anatomiche la paziente invece di stare in riposo a letto, tenendo liberi vescica e intestino, cammina, scarrozza o lavora, facile è comprendere come il fondo dell'utero devierà posteriormente.

Il pacco intestinale poi, che già preme dall'alto al basso, se sarà anche compresso dagli abiti serrati e dal busto, interverrà maggiormente a esagerare tale retrodeviazione. Per la stessa anormale posizione e forma dell'utero (in questi casi sopratutto si associano la retroversione e la retroflessione) il circolo locale è ostacolato, si stabilisce una stasi venosa che mantiene l'utero e gli annessi turgescenti e contribuisce a peggiorare le condizioni suesposte, conduce anche alla subinvoluzione uterina.

Per tal modo, quando la paziente crede di essere libera, di essersi tolta ogni preoccupazione avvenire, comincia, notare dolori sacrolombari, senso di peso al basso ventre, stanchezza generale, indolenzimento degli arti inferiori, difficoltà a camminare, e poi leucorrea, metrorragie e menorragie ognor crescenti tanto che è obbligata a consultare il ginecologo, il quale diagnostica: retroversione, retroflessione dell'utero, e, se non sa dell'aborto, endometrite e metrite cronica. E qui si inizia altra *via crucis* più dolorosa e assai più lunga della prima, perchè il trattamento, ripeto, di tali lesioni, è lungo, noioso, incerto sempre, e le lesioni stesse oltre a rendere per sè sovente infelice l'esistenza, sono origine di altri maggiori malanni.

La fig. 6 rappresenta un facsimile di tali casi sette mesi dopo l'aborto.

La parte punteggiata rappresenterebbe la forma e la posizione

(invero un po' esagerata in avanti) che normalmente l'utero dovrebbe avere. Chiaramente da questa figura appare quanto gravi siano così l'anomalia della posizione che la deformazione dell'organo, e come ne debbano di conseguenza essere disturbati così i visceri circostanti che tutta la circolazione locale, donde iperemie e stasi con consecutivi gravi turbamenti nutritizî dei tessuti e relative degenerazioni.

Volendo quindi riassumere il quadro delle conseguenze che deri-

Fig. 6. — *Retroverso-flessione.* La posizione normale dell'ntero e di nn ovaio è segnata con una linea pnnteggiata. Si vede da ciò chiaramente quale notevole spostamento snbisca anche la portio nella retroverso-flessione, e qnale consecntivo cambiamento di posizione ne derivi per la vagina e per la vescica.

vano assai più frequentemente di quanto si creda dall'applicazione dell'aborto artificiale e quindi criminoso per malthusianismo, abbiamo:

1.° Soventi metrorragie imponenti che se non conducono a morte la paziente, la riducono però in gravissimo stato d'anemia.

2.° Il residuare quasi costantemente nei primi mesi di tratti di caduca, nonchè di ovulo e nei mesi successivi di pezzi di placenta, pei quali se l'intervento del ginecologo non avviene in tempo e non è fatto con tecnica opportuna consegue:

a) decomposizione e infezione;

b) metrorragie persistenti e gravi;

c) vegetazione di tessuti neoplastici che possono anche condurre a forme maligne (deciduoma maligno).

3.° Le facili infezioni che, se non sempre conducono a morte, lasciano la paziente in istato tale di cronica morbilità da destinarla a perenne infermità.

4.° Il permanere dell'utero subinvoluto e quindi voluminoso, turgido, costituendo poi le così dette metriti parenchimatose croniche tanto difficili a trattarsi.

5.° Le retrodeviazioni dell'utero, retroversione e retroflessione che ben tosto diventano incorreggibili richiedendo o atti operativi o trattamenti ortopedici (pessarii) che rendono l'esistenza infelice.

Non occorre quindi essere ginecologi nè sanitari per comprendere a quale doloroso avvenire vengano esposte ben sovente le gestanti che le teorie malthusiane spingono all'aborto criminoso.

Castrazione.

Per quanto possa sembrare enorme non vi ha dubbio che, in seguito anche alla fiducia ispirata dalla moderna chirurgia, fra i mezzi di evitare la filiazione fecesi strada pure quello della ablazione delle ovaia (castrazione) o dell'utero e delle ovaie (castrazione totale). E tanto si diffuse l'uso di tale mezzo che il Zola si sentì spinto a mettere in pubblico ed a sferzare tale delitto con un romanzo, *Fecondité,* che per nulla è a ritenersi esagerato.

Numerosi clinici ebbero a richiamare l'attenzione sulle disastrose conseguenze che a simili sciagurate derivano, dalle psicopatie le più gravi alla demenza, dal turbato ricambio dei materiali allo sfacelo di tutto l'organismo, ma la piaga persiste, e, come io già ebbi a protestare in una mia memoria *Sull'abuso delle operazioni demolitrici,* soventi, essa, è doloroso il dirlo, viene occultata da troppo facili indicazioni mediche di troppo compiacenti e corrivi chirurghi.

È ormai risaputo come la ginecologia da uno stato di deplorevole inerzia, da un eccesso di indirizzo conservatore, che ancor venti anni or sono lasciava perire senza soccorso chirurgico un considerevole numero di pazienti, è man mano passata all'altro eccesso, l'operativo cioè, e, ciò che più importa, il demolitore.

Il primo segnale a tale indirizzo venne dato dalla così detta ope-

razione del Battey, che trascinò per alcuni anni i chirurghi a privare delle ovaia un buon numero di donne dietro l'unica o quasi unica indicazione di disturbi del sistema nervoso, di accessi isterici, di squilibri mentali transitori.

Gli effetti talora negativi, talora disastrosi per l'aggravarsi dei fenomeni, in confronto al limitato numero di esiti felici, in breve fece desistere dell'abuso di tale intervento.

Ma ben tosto un altro ne sorgeva sotto gli auspici di Lawson Tait, quello cioè della salpingectomia.

Nel mentre infatti devesi riconoscere nel Lawson Tait il merito d'avere maestrevolmente illustrato e quasi direi rifatto a nuovo il capitolo dell'anatomia patologica riflettente le lesioni delle salpingi, richiamandovi l'attenzione dei clinici, dimostrando l'opportunità, in molti casi, dell'intervento radicale, ebbe però il demerito di condurre all'abuso di questo atto operativo.

Un'eletta schiera di ginecologi altrettanto valorosi che razionali, insorse contro l'eccesso di intervento per salpingectomie, dimostrando con fatti clinici come in molti e molti casi si possa ottenere un esito altrettanto felice coi mezzi conservatori.

Ma era destino che l'indirizzo *al demolire* non dovesse arrestarsi, e col testè compianto Pean, per opera in particolare delle scuole francesi, si passò all'uso che tosto divenne abuso, dell'*isterectomia vaginale per lesioni* degli annessi, abuso che tuttora sussiste in modo deplorevole, per quanto già la stessa schiera di ginecologi, ragionevolmente conservatori capitanati dal Doléris, abbia vivamente protestato e protesti.

Già di tale argomento io mi occupai in un rendiconto su 150 *laparotomie* che pubblicai nel 1896; sullo stesso insisto ora.

È uno spettacolo veramente doloroso quello a cui in oggi assistiamo di giovani donne che a 30, a 28 ed anche a 23, 24 anni, in base alla diagnosi di *annessite*, vengono private dell'apparecchio genitale interno, totalmente castrate.

Come non si pensa alla posizione morale ed all'avvenire del sistema nervoso di queste incoscienti che in un giorno di sconforto o di suggestione o di falso ragionamento, con una leggerezza divenuta ormai strabiliante, dànno il loro consenso a tale una deturpazione del loro organismo? Nè mi si parli d'indicazione assoluta o

relativa; indicazione nè assoluta nè relativa coscienziosamente non deve esistere pel ginecologo se non quando per mesi e mesi non solo, ma talora anche per alcuni anni, non si siano tentati tutti i mezzi conservatori, non solo terapeutici, ma anche operativi ripetuti.

Il raschiamento dell'endometrio seguìto da zaffamento della cavità uterina e da ripetute così dette *columnisationes* della vagina possono, senza esagerazione di ottimismo, evitare almeno un terzo delle isterectomie vaginali, che *troppo leggermente* oggi si vanno compiendo.

Ben so come sianvi ginecologi che sorridono quasi pietosamente dinanzi a tale asserzione, ritenendo anzi quasi che tale intervento provochi alle volte delle salpingiti.

Ma i fatti clinici sono ormai troppo numerosi perchè si possano o col preconcetto o collo scetticismo soffocare, fatti che dimostrano come con atti operativi lievi e con altri mezzi relativamente semplici, quali le medicazioni interne, gli zaffi vaginali, e i mezzi bagni, i solventi, si ottengano ottimi inattesi risultati, conservando molte pazienti alle loro famiglie e molti apparecchi genitali alle loro funzioni, evitando interventi laparotomici che, per quanti progressi abbia fatto la scienza, sono sempre a ritenersi non privi di pericoli e di conseguenze, sovente conducendo pure alla castrazione.

E qui richiamerò l'attenzione su quanto esposi nella mia memoria: *Sull'efficacia dei bagni di mare nella terapia ginecologica*, comunicata al Congresso Medico Internazionale di Roma.

Fa un senso di vera pena quando presentandosi delle pazienti (poco pazienti) ad altro ginecologo, non guarite dopo varie cure ed anco atti operativi conservatori, vien loro detto che fu tempo e fatica sprecata, che il raschiamento stesso può aver provocato la salpingite, che è inutile ritentare, convenire, senz'altro, procedere all'isterectomia la quale guarirà di certo... è un senso di profonda melanconia che spiegare non occorre.

Ricordo, ad esempio, il caso occorsomi due anni or sono. Si presentò a me accompagnata dal marito una signora di 27 anni molto robusta e in apparenza benestante, la quale accusava molteplici disturbi dipendenti da un'endometrite iperplastica, nonchè squilibri nervosi notevolissimi che si manifestavano pure sotto forma di ac

cessi epilettiformi. La paziente era nullipara e desiderava anche ardentemente prole. Riuscendo insufficienti le medicazioni ricorsi al raschiamento, in seguito al quale ebbi a riscontrare l'utero ridotto allo stato fisiologico e gli annessi pure in stato normale. La signora in questione accusava però ancora molteplici disturbi nervosi, e non vedendo sopraggiungere la sospirata gestazione erasi fissata nell'idea di essere tuttora ammalata all'apparecchio genitale. Nè valsero le mie assicurazioni al riguardo, basate su attenti esami locali, essa era invasa da una vera mania di ritenersi affetta da lesioni utero-ovariche ed in tale mania si continuavano gli accessi convulsivi. Il marito stesso, per quanto da me ampiamente informato e prevenuto, erasi lasciato suggestionare dalla moglie in tale convinzione, tanto che, come in simili circostanze accade, aveva poi fatto subire alla paziente una vera *via crucis* di medici (nove!), ciascuno dei quali aveva dato un proprio giudizio viemmaggiormente ingenerando confusione e squilibrio in quel povero cervello, per non dire in quei due poveri cervelli.

Un giorno poi seppi ch'era stata castrata, senza essere interpellato e contrariamente ai miei consigli, che aveva subìto l'isterectomia vaginale coll'assicurazione che i fenomeni nervosi sarebbero scomparsi. All'incontro dal medico curante (non l'operatore) mi si informò che quantunque l'isterectomia fosse riuscita *brillantemente*, i primitivi disturbi e sopratutto gli accessi convulsivi si erano andati sempre più aggravando coll'aggiunta di squilibri mentali notevoli, che tale ammalata costituiva il suo maggior *perditempo*, giacchè chi l'aveva castrata aveva dichiarata finita l'opera sua, e che *sperava* ottenere vantaggi dai bagni caldi e dall'*ovarina* che andava iniettando a dosi progressive...

A quell'epoca quella povera castrata che desiderava tanto aver figli, non aveva che 28 anni...

E gli esempi si potrebbero moltiplicare per spose anche di 23, 24 anni!

Un'altra indicazione, che troppo sovente si invoca per giustificare l'isterectomia vaginale è la metrorragia, che si arriva talora a giudicare incorreggibile quando uno o due raschiamenti non raggiunsero la guarigione, ed il più delle volte trattasi di iperplasie ed ipertrofie semplici della mucosa uterina complicate o da spostamenti

o modificazione di forma dell'utero, o da infiammazione del parenchima.

Potrei esporre la storia dettagliata di pazienti di 27, 25 e persino di 24 anni alle quali io mi rifiutai di praticare l'isterectomia suggerendo invece di *ripetere* il raschiamento perchè trattavasi unicamente di endometriti iperplastiche, le quali poi, essendosi altrove fatte mutilare completamente, imprecavano dopo pochi mesi contro l'insana decisione presa.

Se nella chirurgia dei traumi, nella chirurgia di guerra, tali concetti demolitori dovessero dominare, di quanti e quanti infelici mutilati di più sarebbe popolata la terra! E che forse l'apparecchio utero-ovarico, benchè non visibile, perchè non manifesta immediatamente i segni della sua demolizione, ha meno diritto degli altri di essere rispettato? Per chi vuole intendermi ripeto: è tempo che declini l'êra della demolizione sua, che la chirurgia ginecologica si incammini sulla retta via, e scacciando davanti a sè gli impazienti o gli incoscienti che le ingombrano la strada, decisamente segua il concetto di volere e dover essere conservatrice in tutti i limiti del possibile, riservando le demolizioni alle sole indicazioni assolute. Ed i mezzi terapeutici pazienti, prolungati e le operazioni conservatrici, quale il raschiamento eseguito con tutte le dovute cautele e con felice tecnica, e seguìto, ove occorra, da opportuni drenaggi utero-vaginali, si sostituiscano alle tante isterectomie.

Nè accontentiamoci di un solo intervento, non demoralizziamoci se da un raschiamento ben praticato non otteniamo il desiderato esito; al primo facciamone seguire un secondo, un terzo, se occorre un quarto, sempre approfittandone per ristabilire un libero deflusso dalle tube alla cavità uterina, e dalla cavità uterina alla vagina.

Per tal modo otterremo statistiche meno numerose e brillanti di isterectomie vaginali, ma avremo un altrettanto numero minore di donne votate alla sterilità e, talora, alla demenza.

Introduzione in vagina di sostanze chimiche le quali abbiano il potere di uccidere " in loco ,, gli spermatozoi avanti siano penetrati nel canale cervicale.

Sul valore assoluto di questo metodo non è qui il caso di discutere, potendosi ritenere che è indubbiamente il più incerto nell'esito che si prefigge.

E come è il più incerto è pure, fortunatamente per noi antimalthusiani, fra i più in uso.

Tale metodo viene seguìto o con lavature vaginali che si praticano avanti o dopo il coito, o con l'introduzione nel fondo vaginale di pastiglie dette *pessarî antifecondativi* contenenti sostanze chimiche varie.

Le sostanze chimiche usate e ritenute utili allo scopo sono molte, comprendendo tutti i disinfettanti dall'acido fenico all'acido salicilico, al sublimato corrosivo, venendo al chinino, all'acido tartarico, ecc.

Le pastiglie o pessarî antifecondativi non sono in generale che burro di cacao misto con dette sostanze.

Anche l'irrigazione vaginale di semplice acqua fresca è ritenuta capace di evitare la fecondazione.

È giusto affermare che tali metodi sono i meno nocivi, e quelli perciò che meno possono subire la critica dal lato ginecologico.

Rimane però sempre l'infrazione alle leggi naturali, infrazione che non può mai ritenersi priva di conseguenze.

E il continuo ripetersi del fatto che, pur essendovi tutte le circostanze naturali favorevoli, pur intervenendo anche l'atto sessuale non si effettua la concezione perchè gli spermatozoi trovano la loro tomba in vagina, se per altri organismi può riuscire indifferente, per altri invece può riuscire funesto, accadendo in parte quanto riferiremo che accade per il coito incompleto, al quale capitolo rimando il lettore.

L'uso del condom.

L'*uso del condom* che impedisce al liquido spermatico di versarsi in vagina presenta per la donna due serie di danni.

Anzitutto lo strofinamento sulla mucosa vaginale esercitato dalla

pellicola di cui il guanto è formato e che copre l'organo maschile, riesce *irritante* e *traumatizzante* per la mucosa stessa nonchè per il collo dell'utero.

Io ebbi a constatare molti casi di vaginite e di cervicite che guariti recidivavano. e di cui, indagata la causa, potei accertarmi che questa derivava appunto dall'uso del guanto nella coabitazione.

Evidentemente si inizia una semplice iperemia della mucosa, a cui segue poi una leggera flogosi Ma ripetendosi lo stimolo, ripetendosi il trauma del condom che agisce quale corpo estraneo, tale flogosi si aggrava.

Stante l'iperemia si ha notevole trasudamento dalle pareti vaginali; il trasudato rimane sovente nei fornici vaginali e vi si decompone, unendo così la sua azione irritante a quella del condom. Il terreno diventa poi propizio per lo sviluppo di elementi infettivi che o dall'esterno o anche dall'intestino (*bacillum coli*) penetrano in vagina, facilmente si comprende quindi come si svolgano per tal modo processi flogistici che oltrechè rendere dolorosa e anche insopportabile la coabitazione, possono poi diffondersi alla cavità uterina ed anche alle tube, obbligando la paziente a lunghe e noiose cure e talora anche a serî interventi operativi.

Dalle mie note cliniche rilevo, ripeto, un notevole numero di casi nei quali potei stabilire che il frequente recidivare di infiammazione della mucosa vaginale e del collo era dovuto all'uso del guanto nella coabitazione.

Trovo notato il caso di una paziente presentatasi dapprima con vaginite e cervicite assai gravi che, oltre a non permettere la coabitazione davano luogo a leucorrea abbondante, a bruciori notevoli, a dolori nella deambulazione.

Con opportune cure e col riposo la condussi a guarigione.

Ma un mese dopo mi si ripresentava di nuovo, quasi nelle stesse condizioni.

Eseguii la stessa cura, con esito pure di guarigione, esito che volli questa volta accertare rivedendo la paziente dopo una quindicina di giorni dacchè nessuna lesione più avevo riscontrato, e impedendole fino allora ogni contatto col marito.

Ma dopo una quarantina di giorni essa mortificata mi si ripresentò colle medesime lesioni.

Non potei allora far a meno di tentare tutte le vie onde indagare la causa di tali recidive, ed ebbi finalmente la confessione che nella coabitazione il marito usava il guanto, e che dopo tre o quattro coabitazioni la poveretta sentiva di nuovo le prime sofferenze che per delicatezza taceva finchè esse diventavano insopportabili, rendevano impossibile il coito e la obbligavano a ricorrere al sanitario. La leucorrea si iniziava dopo la terza o quarta coabitazione e man mano aumentava in modo inquietante.

La curai di nuovo, la guarii, persuasi il marito del danno fisico che procurava alla moglie con simile pratica malthusiana, e dopo d'allora la paziente non ebbe più disturbi. Vero è che 17 mesi dopo metteva alla luce uno splendido maschio.

In seguito a tale fatto tanto dimostrativo ebbi sempre cura, quando si presentavano pazienti con lesioni consimili di cui non sapevo darmi spiegazioni, di indagare se tale causa esisteva, e conto ora un ragguardevole numero di casi in cui potei accertare, direi quasi matematicamente, che le lesioni iniziali si dovevano all'uso del guanto.

Dico le lesioni iniziali, perchè dalle mie note rilevo far parte di tali categorie di ammalate parecchie forme di annessiti di cui il punto di partenza fu appunto una vaginite non curata in tempo, e che poi si diffuse alla mucosa dell'utero e delle tube.

Di queste ammalate alcune poterono fortunatamente guarirsi senza operazioni demolitrici, ma altre sono tuttora (e da lungo tempo) in cura, ripugnandomi la castrazione in donne giovani, ed in tre dovetti per necessità praticare pur troppo l'ablazione delle tube e delle ovaie.

Certo che ai profani ed anche ai sanitarî che hanno poca esperienza ginecologica potrà sembrare quasi enorme simile conseguenza dall'uso del condom, ma trattasi di fatti clinici positivi che tutti i ginecologi potranno verificare se a tale riguardo faranno speciale attenzione.

All'obbiezione prevedibile che a tale stregua tutte le prostitute dovrebbero ammalarsi, è facile rispondere considerando che in realtà molte di queste finiscono presto nelle cliniche ginecologiche, e quelle che resistono presentano la mucosa vaginale così resistente pel grande uso da avere l'aspetto coriaceo.

L'uso delle spugne.

È notorio come il metodo d'introdurre una spugna nel fondo vaginale prima del coito onde impedire agli spermatozoi di penetrare nell'utero sia molto diffuso. Trovansi in fatti in commercio spugne appositamente preparate a tale scopo.

I danni, che da questo uso ne conseguono, sono ancor più frequenti e gravi e più immediati. Già sappiamo dagli esperimenti batteriologici fatti sulle *spugne preparate* che servono per l'interruzione della gestazione quanto sia difficile il rendere asettiche le spugne e conservarle tali.

È tanto difficile che ormai gli ostetrici, nei casi in cui è indicata l'interruzione della gravidanza, non ricorrono più a tale mezzo, stante i frequenti e molteplici casi di infezione puerperale che ne derivano. E notisi che l'ostetrico che usava di tale mezzo teneva a sua disposizione spugne sterilizzate coi mezzi più moderni, imbevute di etere e iodoformio, mantenute in apposite arbanelle pure sterilizzate.

Con tutto ciò imbevendosi tali spugne di mucosità davano assai frequentemente luogo a decomposizione e a sviluppo di elementi infettivi.

Orbene, facile è a comprendere quanto maggiore è il pericolo di infezione se si considera che le spugne che vengono introdotte a scopo antifecondativo non sono punto asettiche non solo, ma colla massima indifferenza passano dalle mani del negoziante a quelle del compratore o della compratrice, stanno all'aperto a impregnarsi di polvere, vengono posate su qualsiasi mobile certo non sterilizzato, e vengono introdotte in vagina senza che nè questa, nè i genitali esterni, nè le mani che le introducono siano previamente disinfettati.

È d'altronde a considerarsi che in onta a pubblicazioni anche contrarie le esperienze fatte nella nostra Clinica da me (1) e dai miei assistenti dott. Deamicis (2), dott. Varaldo (3) e dott. Gioielli (4)

(1) Bossi, *Cerviciti ed endocerviciti in gravidanza. Congresso di Ost. e Gin. a Roma*, 1901 (*Archivio Italiano di Ginecologia*, Napoli, ottobre 1901).

(2) Deamicis e Carta, *L'esame batteriologico nelle endometriti e cerviciti* (*Archivio di Ost. e Gin.*, 1896).

(3) Varaldo, *Cerviciti ed endocerviciti in gravidanza* (*Rassegna d'Ost. e Gin.*, 1904-05).

(4) Gioielli, *Azione di alcuni disinfettanti nel canale vaginale, ecc. Comunicazione alla R. Accademia di Medicina di Genova*, 1905.

hanno chiaramente dimostrato che talora in vagina e sulla *portio* vaginale del collo trovansi dei microorganismi patogeni.

Lasciati a sè questi patogeni possono rimanere inerti e quasi direi innocui, molte volte infatti essendosi dimostrati privi di virulenza quando ne inoculammo le colture negli animali.

Ma se, come coll'uso delle spugne accade, si iperemizza la mucosa, vi si provocano abbondanti trasudati e secrezioni, vi si favorisce la decomposizione di elementi organici (trasudati, muco, liquido spermatico) facile è comprendere come si favorirà pure la virulenza di tali microorganismi provocando quindi gravi infezioni che, localizzate dapprima alla vagina ed al collo, rapidamente poi si diffondono al canale cervicale, alla cavità uterina, alle tube ed anche al peritoneo.

Nè perchè tale disastroso risultato si abbia occorre siano in vagina in precedenza dei patogeni. L'iperemia delle mucose vaginali e del collo e le abbondanti secrezioni e trasudati che dall'irritazione e dal trauma delle spugne inevitabilmente derivano, il decomporsi *in loco* di tali liquidi e ben sovente (come ne vidi io in molti casi) delle spugne o di pezzi di spugne rimasti nel fondo vaginale, il fuoruscire sui genitali esterni di tale liquido decomposto (leucorrea) conducono inevitabilmente a processi flogistici della vulva, e così il terreno per la porta d'entrata di elementi infettivi dal di fuori è in tutti i modi favorito.

E ricordare pure si devono i traumi, che la spugna (la quale, per quanto d'ottima qualità, rappresenta sempre un corpo estraneo ruvido in confronto delle mucose dei genitali interni) esercita sul collo e contro i fornici vaginali spintavi contro ruvidamente nel coito, e da ciò le escoriazioni e le vere decorticazioni della mucosa dei fondi di sacco vaginali e più ancora di quelle del muso di tinca che della vaginale è meno resistente. E di conseguenza distacchi di mucosa che in contatto così della spugna che dei detti liquidi facilmente decomponentisi si alterano dando luogo a ulcerazioni ben sovente assai vaste, profonde e successivamente vegetanti del collo e dei fondi vaginali.

Nella casistica da me raccolta trovo molti di tali casi.

La diagnosi causale per lo più fu da me rintracciata pel fatto che vedevo recidivare con strana frequenza cerviciti, endocerviciti,

vaginiti di cui avevo constatato la piena guarigione avanti licenziare dalla cura l'ammalata.

Una giovane sposa mi si presentò dopo tre anni di matrimonio accusando grande leucorrea, bruciore ai genitali e dolore al coito. Avendo riscontrato un processo flogistico che dalla vulva si diffondeva al collo mi venne il dubbio che si trattasse di contagio blenorragico, ma non mi fu dato rintracciare gonococchi. Diligentemente curata infatti guarì in modo relativamente rapido e potei permetterle di nuovo le funzioni maritali.

Trascorsi però sei mesi mi si ripresentò nelle identiche condizioni
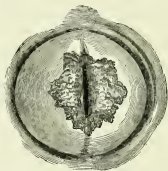
Fig. 7. — Ulcerazione del collo dell'utero conseguita all'uso della spugna. Forma meno avanzata.

non solo, ma con diffusione del processo alla cavità uterina che obbligò ad un trattamento assai più lungo per ottenere la guarigione. Rimarcabile era poi lo stato generale di denutrizione e di nervosismo. Seppi allora dalla paziente stessa che così avanti la prima che la seconda malattia aveva fatto sempre uso della spugna.

Avendo proibito tale uso, avvertendo anche la paziente dei pericoli a cui andava incontro, non si ebbero altre recidive, migliorarono le condizioni generali di nutrizione, cessarono i disturbi nervosi. E successivamente la malata ebbe due gravidanze con ottimo esito, di cui non cessa di dichiararsi felice, dicendo che quando abbraccia le sue creature mi benedice.

Molti di questi casi potrei riferire, mi limito però a riprodurre due figure (v. fig. 7 e 8) che rappresentano il facsimile delle ulcerazioni del collo causate dall'impiego delle spugne a scopo malthu-

siano. Appare da esse come in una (fig. 7) la mucosa della porzione vaginale del collo in corrispondenza dell'orificio cervicale esterno presenti non solo decorticazione dell'epitelio di rivestimento, ma vera lesione ulcerativa, e come nell'altra (fig. 8), essendo la lesione più avanzata, esista una vera ulcerazione vegetante. Rivedendo i molti casi occorsimi potrei riprodurre moltissime forme consimili.

Ma mentre i sopra accennati casi ebbero esito finale favorevole perchè si intervenne in tempo con opportune cure e in tempo si
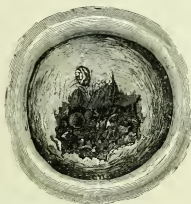
Fig. 8. — Ulcerazione del collo dell'utero conseguita all'uso della spugna. Forma più avanzata.

tralasciarono tali abitudini, sonvi all'incontro altri casi nei quali l'esito finale fu ben diverso.

Così veggo nelle mie memorie raccolte sul malthusianismo due casi di giovani signore, l'una di 29 anni, l'altra di 33, entrambe già madri, di tre l'una e l'altra di cinque figli, e madri fortunate perchè con prole in ottime condizioni.

Orbene in entrambe, in seguito all'uso di spugne si svilupparono processi flogistici tali che, quando mi chiamarono per le cure, eransi già diffusi alle tube con manifestazioni allarmanti.

Il trattamento fu per tutte e due assai lungo e noioso; in una dopo molti mesi ottenni la guarigione, nell'altra invece, dopo molti tentativi fatti per più di due anni, fra cui anche operazioni conservatrici, dovetti per le sofferenze dell'ammalata praticare l'ablazione delle tube e delle ovaie di destra e di sinistra. Seguii e seguo

tuttora tale paziente, e constato con dolore come essa sia in preda a quel cumulo di disturbi del sistema nervoso e del ricambio dei materiali che il più delle volte sono causati dalla castrazione, e che le fanno rimpiangere di non aver avuto magari altri sei figli piuttosto che esporsi a simile triste vita. È un'esistenza rovinata che nessuna ricchezza vale a rendere felice.

E trovo pure registrati altri due consimili casi non meno eloquenti.

Trattasi di due pazienti nelle quali per la stessa ragione, dell'uso cioè delle spugne, si erano sviluppate gravi lesioni infettive dell'utero e delle tube. A lungo io le curai tentando tutti i mezzi per evitare un'operazione demolitrice, ma un triste giorno esse si stancarono di tali cure e desolate di non trovarsi mai guarite ricorsero a un ginecologo che suggerì e praticò l'ablazione dell'utero e degli annessi. Trattandosi di signore giovani (quando furono operate avevano l'una 26 anni, l'altra 31) subentrarono squilibri nervosi, atonia gastro-enterica e fenomeni psichici così gravi che le fecero ricorrere di nuovo a me per consiglio.

Ma pur troppo non potei suggerire che dei palliativi, ed esse tuttora maledicono e le spugne e l'atto operativo.

Applicazione di pessari (guanti) di gomma sul collo dell'utero.

È questo un mezzo assai in uso specialmente in Germania ed in Russia. Col cessare del periodo mestruale le satelliti del Gesuita Malthus si fanno applicare da un medico (è strano ma si trovano di tali medici) una specie di capsula o guanto di caoutchouc, sottile, sul collo dell'utero, lo mantengono lungo il periodo intermestruale e poi lo fanno levare per farlo riapplicare tosto cessato il flusso mensile.

Varie volte ricorsero a me di tali pazienti, e, s'intende, levai il pessario onde evitare un ematometra, mi rifiutai sempre di riapplicarlo. M'accorsi che ciò meravigliava tali pazienti, ma dimostrai loro come fosse più legittima la mia meraviglia pel fatto del loro presentarsi ad un sanitario per simile funzione.

I danni che conseguono da tale metodo sono evidenti.

Anzitutto anche quivi abbiamo l'irritazione e il trauma sul collo

dell'utero provocati dal corpo estraneo, che trovasi applicato alla mucosa e che durante il coito vi è spinto contro ruvidamente.

In secondo luogo abbiamo il fatto grave che fra il collo e tale capsula di gomma che lo ricopre si accumulano muco e trasudati provocati in maggior quantità dalla gomma stessa, e tali secrezioni e trasudati si decompongono costituendo una causa grave e persistente di infezione locale.

Aggiungasi che rimanendo quasi occluso il canale cervicale tali elementi decomposti e sovente infetti passano facilmente dal canale cervicale alla cavità dell'utero e nelle tube e quindi alla cervicite susseguono rapidamente l'endometrite, le salpingiti, e talora mortali peritoniti. In moltissime delle pazienti infatti che a me si presentarono facenti uso di tale mezzo, io trovai il collo ulcerato, ed in alcune trovai lesioni pure dell'endometrio e delle tube, che oramai da sè stesse costituivano il più sicuro mezzo malthusiano.

Il coito incompleto.

È fra tutti certo il metodo più seguìto, e quello, pur troppo, ritenuto il più innocuo. Dico pur troppo, perchè in base a tale convinzione vi ha al riguardo il più grande e deplorevole abuso.

Parrebbe infatti *a priori* ovvio il pensare che il coito incompleto non debba portare conseguenza fisica alcuna, o tutt'al più danneggiare il maschio, e tale è l'opinione generale.

Ma considerazioni logiche e l'esperienza mia clinica, basata sullo studio di un grandissimo numero di casi mi autorizzano ad affermare che all'incontro tale metodo porta subdolamente, lentamente a conseguenze così serie che, data la frequenza del suo uso, non esito a ritenerlo una delle più gravi cause di metropatie.

Basterebbe, per sostenere tale affermazione, il ripetere quanto già precedentemente ricordai, che, *non impunemente si contravviene alle leggi di natura.* È questo un assioma che non ammette discussione.

La coabitazione incompleta è una delle più gravi contravvenzioni alle leggi di natura, come quella che tende a frustrare, a impedire la più fondamentale di tali leggi, quella che presiede alla procreazione.

Ma qui ancor più necessita essere dimostrativi.

È noto che la conseguenza fisica immediata e la più caratteri-

stica che si avveri anche per rapporto alla donna nell'accoppiamento sessuale è una imponente iperemia di tutto l'apparecchio genitale.

Così alle ovaia che alle tube, che all'utero, che in vagina, che ai genitali esterni affluisce, sotto tale eccitamento, una così forte corrente sanguigna da mettere detti organi in un vero stato di erezione da equivalere all'erezione che si avvera nel maschio. Ovaia, tube, utero, vagina, vulva, ed anche in moltissimi casi le mammelle, si inturgidiscono, perchè i vasi tutti raggiungono il massimo di dilatabilità ed i tessuti si irrorano di trasudati.

Tale stato di erezione cessa col completarsi dell'atto venereo, come cessa nell'uomo e tutto rientra nelle sue abituali condizioni. Ma perchè ciò avvenga occorre che la coabitazione sia completa, quale è voluta dalla natura, se essa invece non è tale, se si esercita con fine malthusiano il coito incompleto, accade allora che il detto stato di eretismo non si spegne fisiologicamente, ma persiste anche quando il maschio ha cessata la propria funzione eiaculando all'esterno o all'ingresso dei genitali.

Non sto qui a esporre le conseguenze che, a mio credere, si possono avere anche sul maschio per rapporto a turbamenti gravi del sistema nervoso, potendo ciò essere oggetto di interessante studio per i neuropatologi.

È indubitato che molti soggetti, col ripetersi a lungo di simile artificio, devono risentirne non lievi danni, confermandosi il fatto che non invano si contravviene alle leggi di natura, e molti casi di neurastenia, di esaurimento nervoso, di eretesino del sistema nervoso, di turbato metabolismo anche nel maschio possono forse trovare la loro spiegazione causale in questa pratica del malthusianismo. Ma ritornando strettamente al nostro argomento non vi ha dubbio sulle conseguenze morbose che derivano alla donna.

Esaurito solo per parte del maschio e in modo artificioso, ripetiamo incompleto, l'atto venereo, la donna rimane dal *lato psichico* e dal *lato del sistema nervoso* in persistente stato d'eccitamento che cessa d'essere il fisiologico per eccellenza e diviene patologico, nè si spegne se non dopo alcune ore, in alcune lasciando turbamenti generali anche per qualche giorno. Ed è facile comprendere come ripetendosi a lungo tale fatto possa condurre a esaurimento, a turbamenti varii del sistema nervoso.

Dal lato dell'apparecchio genitale poi rimane l'*iperemia imponente* a cui accennammo, persiste lo stato d'eretismo, e cioè, *turgide le ovaia, turgido ed esageratamente antiflesso e antiverso l'utero, enormemente dilatati tutti i vasi.*

Grado, grado, invero, tale stato eccezionale va spegnendosi, il rigurgito di sangue diminuisce. Ma non occorre essere nè fisiologi, nè clinici per comprendere come, ripetendosi tale fatto frequentemente e a lungo debba lasciare vere, persistenti ed anche gravi alterazioni anatomiche.

Ed invero rimanendo i vasi a lungo distesi senza che intervenga la retrazione fisiologica provocata dalla normale cessazione dell'accoppiamento venereo, grado grado si sfiancano, le loro tonache perdono della propria elasticità non solo, ma si ipertrofizzano, si sclerotizzano.

Rallentandosi la circolazione reflua si stabiliscono man mano stasi venose. Gli anormali trasudati che da simili stati provengono infiltrano i tessuti e mancando poi una circolazione sufficientemente attiva si lasciano come in persistente imbibizione, come in condizioni d'edema, donde infiltrazione globulare, donde un'iperproliferazione cellulare nel tessuto interstiziale, donde un graduale ispessimento delle pareti uterine, donde l'*ipertrofia dell'organo,* donde quelle forme di metriti parenchimatose, di *metriti interstiziali iperplastiche,* che spiegano le *fausses métrites* e il *gigantisme utérin* del Doléris (1).

Da circa dieciotto anni io vado raccogliendo osservazioni cliniche su tali casi che ci si offrono con una frequenza che non esito a chiamare inquietante.

Se si incidono le pareti di tali uteri possiamo trovarle *macroscopicamente* in tre condizioni diverse rappresentanti *tre fasi* per cui progressivamente essi passano, e cioè:

1.° Altre volte un tessuto prevalentemente miomatoso con vasi di calibro il doppio ed anche il triplo del normale;

2.° Altre volte un tessuto che ha in parte l'aspetto lardaceo, prevalentemente connettivale, infiltrato con vasi a tonache enormemente ispessite;

3.° Altre volte poi, come fase ultima, abbiamo le pareti egual-

(1) Doléris, *Métrites et fausses métrites,* Paris 1902.

mente ispessite, ma assai dure, ridotte a vero stato di sclerosi, scarsa la parte muscolare che è atrofizzata dal connettivo ridotto ad ammasso di fibrille, sclerosati i vasi. Ed esaminando istologicamente tali tessuti riscontriamo pure le *tre fasi distinte* che ci appaiono anche ad occhio nudo.

1.° Nella prima forma i fasci muscolari del miometrio si mostrano in uno stato, forse più apparente che reale, d'ipertrofia e
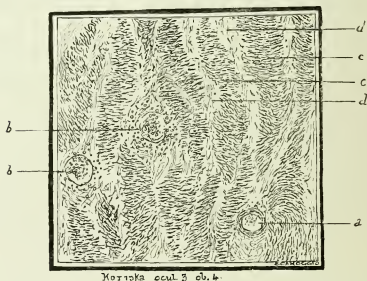
Fig. 9.

a, vaso arterioso; *b*, *b*, vasi venosi con infiltrazione parvicellulare; *c*, *c*, fasci di fibre muscolari; *d*, *d*, fascetti connettivali, aumentati di volume per imbibizione sierosa.

l'aumento di volume dell'organo appare dovuto per la maggior parte ad una imbibizione sierosa dello stroma connettivale: tale fatto è spiegato dallo stato dei capillari e degli spazi venosi, ectasici e turgidi di sangue (v. fig. 9). Attorno ai vasi e negli interstizi non è infrequente poi una infiltrazione parvicellulare, che può essere più o meno spiccata a seconda dei casi, ma generalmente scarsa.

La rete elastica può sin da questo momento presentare notevoli alterazioni, caratterizzate da assottigliamento delle singole fibre con riduzione notevole del loro numero e frammentazione delle fibre.

2.° Nella seconda forma la fibra muscolare ha già incontrato fasi regressive in rapporto col cattivo stato di nutrizione: essa è caduta

in una progressiva atrofia ed al suo posto ha proliferato il connettivo che si presenta con l'aspetto tipico della forma fibrillare, a fibrille ondulate e ricco di nuclei bastonciniformi: tale sorte ha subìto anche la tonaca media dei piccoli vasi arteriosi, trasformata quasi completamente in cingolo fibroso: pure l'intima dei vasi venosi appare ispessita e sclerotica (v. fig. 10). Il tessuto elastico invece
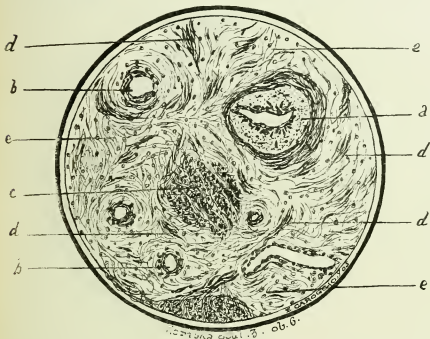
Fig. 10.

a, vaso arterioso con lesioni deg. della media; *b*, *b*, vasi venosi; *c*, fascio di fibre muscolari in sezione trasversa, atrofico; *d*, *d*, fascetti di fibre muscolari in sezione longitudinale, atrofiche; *e*, *e*, connettivo.

è quasi scomparso sì dai vasi che dal parenchima; è rappresentato da scarse fibre sottilissime, difficili a mettersi in evidenza, prive ormai di ogni importanza funzionale.

3.° In rapporto poi con periodi più avanzati del processo può aversi un diverso aspetto istologico delle sezioni in quanto che il connettivo invecchiando ha perduto i nuclei, e la sostanza fondamentale si è resa ipertrofica perdendo in parte la struttura fibrillare, così che tale tessuto ha tutto l'aspetto di un tessuto cicatriziale d'antica data (v. fig. 11). Quest'ultima forma è sovratutto spiccata

nella porzione cervicale, dove poi, per l'atrofia dei vasi che consegue alla sclerosi non mancano talora lesioni degenerative della mucosa.

Non è dunque possibile mettere in dubbio l'esistenza di una serie di metriti d'origine sessuale che finora non fu da nessun autore considerata nella sua entità.

Così macroscopicamente che microscopicamente appare che il pro-
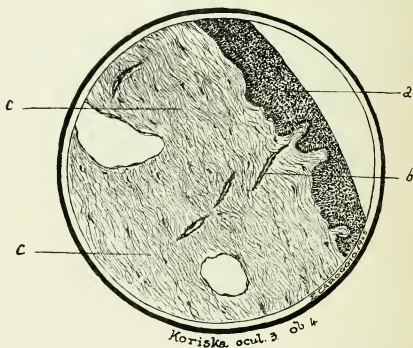
Fig. 11.

a, epitelio di rivestimento del muso di tinca; *b*, vaso capiliare; *c*, *c*, connettivo sclerosato.

lungato eretismo sessuale, la congestione dell'organo per eccitamento sessuale mantenuta al di là dei limiti fisiologici per l'incompleto atto venereo conducono man mano l'utero ad alterarsi radicalmente nella sua struttura passando per tre fasi anatomiche, ciascuna delle quali costituisce una vera e propria entità morbosa, e cioè:

di congestione e apparente ipertrofia muscolare la prima,

di metrite interstiziale con tendenza a sclerosi vasale nella seconda,

di sclerosi di tutto l'organo nella terza.

Dissi di apparente ipertrofia muscolare nella prima perchè, nel mentre apparentemente nella prima fase i fasci muscolari si mostrano ingrossati, realmente è a credersi, ben esaminando i preparati, che trattasi invece di imbibizione sierosa dello stroma connettivale che unisce le fibrocellule fra loro, imbibizione dovuta allo stato di ectasia vasale a cui l'organo è in preda.

Tali tre forme o entità morbose sono dai trattatisti comprese sotto il nome generico di metriti croniche, di metriti parenchimatose, di metriti iperplastiche. Lo Scanzoni infatti definisce la metrite cronica un ingrossamento uniforme dell'organo a favore specialmente dello spessore, a cui vanno uniti determinati sintomi clinici di cui i principali consistono in senso di pressione e di peso del bacino, dolori all'addome, al sacro, *fluor albus*, anomalie mestruali, ecc.

Ed il Kunster nel suo trattato soggiunge: « un ingrossamento generale, uniforme dell'organo è frequentemente conseguenza dell'*edema cronico duro*, il quale viene prodotto da durevoli disturbi di circolo in seguito a stiramenti o torsione dei legamenti ».

E lo stesso Kunster (1), ancora scrive: « un'altra forma di ingrossamento uniforme dell'utero risulta dall'aumento e dall'ingrossamento dell'elemento muscolare; questa forma si potrebbe denominare più propriamente *ipertrofia concentrica* ».

Inoltre molti casi di *subinvoluzione uterina*, di *ipertrofie* da *flessioni* e da *versioni uterine* sono invece forme appartenenti alle suesposte alterazioni di origine sessuale.

Epperò, sebbene non siano specificate nei loro caratteri particolari esse furono già intravedute dallo stesso Scanzoni quando scrisse (2): « *molti ingrossamenti dell'utero* che si ritengono quali *infiammazioni non possiedono nulla d'infiammatorio nel senso vero della parola. Sono dei disordini di nutrizione come se ne veggono formarsi in altri organi in seguito a iperemia venosa di lunga durata* ».

Ed invero il Doléris fino dal 1886 distingueva le metriti d'origine infiammatoria, le vere metriti cioè d'origine infettiva, da affezioni dell'utero dipendenti da disturbi funzionali. E scriveva: « Je me base sur cette façon d'envisager aujourd'hui l'inflammation d'une

(1) Kunster, *Manuale di ginecologia*.
(2) Scanzoni, *De la metrite cronique*, trad. Sieffermann, pag. 52, 1886.

semblable détermination des états morbides (infections), pour ne point accepter comme *métrites* croniques les états pathologiques qui sont la conséquence de simples troubles de nutrition nés sous l'influence de perturbations nerveuses ou sanguines, lymphatiques, traumatiques, ou de regressions incomplètes, etc., et qui correspondent à ce qu'on appelle la subinvolution, l'hypertrophie chronique, l'hyperplasie, l'engorgement, la congestion, etc. ». Le tre forme ch'io descrissi macroscopicamente e istologicamente entrerebbero nella categoria delle *fausses métrites* del Doléris, e delle *pseudometriti* di altri autori.

« Je me repousse, egli scrive, du cadre de la métrite tous les troubles utérins passagers ou durables, dans lesquels je ne trouve point, à l'origine, l'élément microbien . . . Tels seront les troubles de fonctionnement des appareils vasculaire, musculaire et nerveux de l'utérus, troubles consécutifs à des altérations diathésiques, à des réparations ou des regressions insuffisantes, ou simplement aux mauvaises conditions du fonctionnement de l'organe (exçès génitaux, excitations factices, ou, au contraire, arrêt prematuré de la vie sexuelle, veuvage »).

Nel mentre però io mi associo al Doléris nel concetto di distinguere le metriti d'origine infettive da quelle d'origine discrasica, da turbata nutrizione, non ritengo adatto il nome di *fausse métrite* o di *pseudometrite*, poichè non trattasi di lesioni transitorie ma di *vere* e serie ***entità morbose con alterazioni anatomiche persistenti.*** Tale è il concetto anatomo-patologico e clinico ch'io mi son fatto, in base a lunga serie di anni di attente osservazioni.

Meglio si converrebbe quindi , a mio credere, il nome di *metriti ipertrofiche funzionali* (d'origine funzionale), accennandosi con tale denominazione alle tre caratteristiche di dette forme, e cioè l'origine funzionale (artificio funzionale), l'iperemia iniziale con ectasie vasali e l'ingrossamento dell'organo.

E poichè l'alterazione passa gradatamente per tre distinte fasi, qualificherei la prima: *metrite ipertrofica funzionale iperemica* (allo stato iperemico); la seconda: *metrite ipertrofica funzionale interstiziale;* la terza: *metrite ipertrofica funzionale sclerotica.*

Ed invero alle tre fasi di lesioni macroscopiche istologiche che sopra descrissi corrispondono *tre periodi di fatti clinici ben distinti* e che è qui utile esporre.

Premetto che, onde dette lesioni si stabiliscano occorrono mesi od anni in proporzione varia secondo le condizioni fisiche di ciascun organismo e secondo la frequenza con che si pratica il coito incompleto.

Così negli organismi che hanno un'accentuata sensibilità sessuale le alterazioni cliniche suaccennate si avverano molto prima che non nelle donne aventi poco sviluppata tale sensibilità; e così la frequenza dell'atto sessuale le accelera in modo notevole.

Ed in linea di progressione, ripeto, prima si stabilisce la forma ipertrofica muscolare con ectasie vasali, e successivamente la interstiziale con infiltrazione cellulare e indurimento delle tonache vasali e da ultimo come stadio di cronicità quello rappresentato da vera sclerosi di tutti i tessuti.

Il quadro clinico è il seguente:

Il ripetersi ed il permanere, invece che essere fisiologicamente transitorio, dello stato congestizio e di erezione dell'utero e degli annessi che vedemmo avverarsi ad ogni coito incompleto nei primi tempi provoca nella donna unicamente uno stato di generale malessere, di irritabilità, di irrequietudine e localmente un semplice senso di peso.

Le mestruazioni nei primi mesi non si alterano in modo molto apparente, solo vengono accompagnate e più ancora precedute da speciale indolenzimento nelle regioni lombo-sacrali.

I genitali si presentano umettati continuamente da trasudato che ancora non disturba. La deambulazione è meno libera, ma non in modo tale da impressionare il soggetto.

Man mano però che l'uso del coito incompleto si ripete tutti i suesposti sintomi si accentuano.

Dopo ognuno di tali atti lo stato alternativamente di eccitabilità e di prostrazione del sistema nervoso mette la donna in condizioni di generale malessere che le riesce inesplicabile.

Il senso di peso ai genitali diventa ognor più noioso e persistente.

La deambulazione riesce ognor più faticosa; la paziente sente gli arti quasi in istato di torpore e rifugge volentieri dal metterli in attività, donde la tendenza al poco moto, alla vita sedentaria.

L'utero aumentato di volume preme sulla vescica e obbliga la paziente ad orinare frequente, dando col tempo anche luogo a incontinenza.

E nel mentre il corpo dell'utero preme sulla vescica, il collo fa pressione sull'intestino retto causando stitichezza ognor crescente e ribelle ai rimedi d'uso. Tali due fatti tanto più si accentuano nei casi in cui, come vedremo, l'utero, pel ripetersi ed il permanere a lungo dell'eretismo che accompagna il coito incompleto arriva a mantenersi in permanente antiflessione e antiversione patologica.

I *flussi mestruali* seguono in modo direi quasi matematico i tre accennati periodi d'alterazione anatomica per i quali passa l'utero col prolungarsi della pratica del coito incompleto.

Nel *primo periodo,* quando cioè l'ipertrofia delle pareti uterine è data da apparente ipertrofia delle fibre muscolari e dall'ectasia e turgescenza dei capillari e degli spazii venosi (v. fig. 9) senza notevole alterazione anatomica delle tonache vasali che distese esageratamente sono facilmente esposte a rotture, il flusso sanguigno mensile si manifesta assai più abbondante, di durata maggiore e con più frequente intercorrenza.

Ne consegue di necessità che di mese in mese la paziente va ognor più anemizzandosi, finchè lo stato generale di nutrizione rimane estremamente depauperato.

Nel *secondo periodo* (*edema cronico duro del Kunster*) quando la parte muscolare tende già alla regressione va atrofizzandosi per cattiva nutrizione ed al suo posto ha proliferato abbondantemente il tessuto connettivo che si presenta però ancora con fibrocellule ricche di nuclei, periodo in cui già si è iniziata l'alterazione anatomica delle tonache vasali di cui l'intima appare ispessita, sclerotica, la mestruazione tende spontaneamente, ma irregolarmente, a diminuire, specialmente nella durata. Dico irregolarmente perchè il fatto si presenta saltuario e in dipendenza forse di altre circostanze concomitanti, altre volte la diminuzione in quantità e durata è notevale e infonde speranze nella paziente, altre volte invece si ripresenta abbondantissima ed anche con ricorrenza molto più frequente.

Nel *terzo periodo* o *fase,* rappresentante lo stato cronico più avanzato (sclerosi di tutta la parete) in cui ancor più atrofizzata è la parte muscolare, il connettivo invecchiando ha perduto i nuclei e si presenta fibrillare, sfilato a guisa di tessuto cicatriziale e i vasi sono in preda a completa sclerosi delle loro pareti e la mucosa della cavità è andata ognor più degenerando e atrofizzandosi. In

questo periodo le mestruazioni vanno man mano diminuendo, e cioè ritardano, qualche volta si sopprimono, o appaiono scarsissime e di minima durata. In questo periodo appunto, o fase, stante il fatto che nella paziente si avverano disturbi nervosi svariati, talora nausee e vomiti, strano malessere generale, e l'utero rimane molto voluminoso, sono frequenti i casi di così detta gravidanza nervosa, nei quali vidi dal lato diagnostico essere tratti in errore anche distinti sanitarî.

Strano contrasto: l'ultima e la più grave fase di lesioni provocate da artificî prolungati per non figliare è precisamente caratterizzata da tale una complessa sintomologia da ingenerare nella donna la certezza della gravidanza, certezza che in molte diventa un vero incubo che le perseguita per anni.

Dissi forse la più grave perchè nel mentre durante le prime due in ispecie nella prima un trattamento talora anche non operativo può condurre a guarigione e permettere, quando sopravviene la resipiscenza dei coniugi, persino una gravidanza, nella terza ogni cura rimane sterile, e, quasi che si trattasse di una vendetta della natura, sterile rimane la donna pur quando, come sovente accade, i due coniugi, quasi pentiti, desiderano prole.

La mancata funzionalità dell'organo artificiosamente ed egoisticamente mantenuta per anni lo ha fatto degenerare, lo ha reso inetto, ed esso è ora destinato a rimanere nell'organismo quale un parassita, che mentre da un lato tutto lo turba, dall'altro in nulla e per nulla gli è vantaggioso perchè il più delle volte accade che anche la sensibilità sessuale si spegne, e quando ciò non accade, si avvera un fatto ancor più grave, una ipersensibilità patologica che può costituire per la paziente una causa di ruina fisica, morale e sociale.

E quanti di tali casi ho io constatato!

Nè qui si arrestano i danni della continuata e prolungata pratica del coito incompleto.

Un'altra conseguenza è la *patologica persistente antiflessione dell'utero.*

Già dimostrai come sotto l'eccitamento venereo l'utero si flette, si arcua, dirò, in avanti pressochè come quando si contrae nel so-

praparto e nelle ore consecutive al secondamento (globo di sicurezza).

Ora se l'atto sessuale si compie regolarmente tale stato d'erezione si termina fisiologicamente e cessa col finire dell'atto.

Ma se si compie in modo incompleto l'utero come a lungo rimane turgescente, egualmente a lungo rimane in esagerata antiversione e antiflessione come in troppo prolungata erezione, e col ripetersi di tale anormale stato col tempo può stabilirsi una antiflessione ed un'antiversione persistente, con relativa congestione del corpo e stenosi del canale cervicale in corrispondenza della flessione (orificio interno).

Donde poi derivano mestruazioni irregolari, dolorose, con arresti parziali e distensione eccentrica della cavità uterina.

E molti casi io ho potuto raccogliere di antiflessioni e antiversioni gravi acquisite, accompagnate da disturbi ancor più gravi, nei quali altra origine non mi fu dato rintracciare all'infuori della coabitazione incompleta.

E da ultimo non dobbiamo dimenticare che, per quanto oscura sia l'origine dei *fibromiomi* dell'utero, in gran parte i clinici e gli anatomo-patologi concordano nel ritenere che una frequente e quasi certa causa possa essere il prolungato stato di congestione in cui patologicamente è mantenuto l'organo per qualsiasi importanza.

È frequentissimo il riscontrare, oltrechè istologicamente anche macroscopicamente fibromiomi originantisi direttamente dall'avventizia dei vasi. E d'altronde è facile comprendere come il ripetersi ed il mantenersi a lungo dello stato d'erezione, di congestione dell'utero per incompleta coabitazione costituisce la più favorevole condizione per lo stabilirsi appunto di quello stato congestizio che più facilmente può dar luogo allo sviluppo di tali neoplasmi.

Ed invero, riandando le osservazioni ch'io raccolsi sullo sviluppo dei fibromiomi ho potuto con matematica sicurezza rilevare che la maggior percentuale dei fibromiomi uterini è data in linea di frequenza:

1.° dalle donne maritate e rimaste sterili (sterilità assoluta);

2.° dalle donne maritate e che ebbero una sterilità relativa, cioè ebbero qualche parto e poi non ne ebbero più senza ragione alcuna all'infuori del desiderio di non averne;

3.° dalle nubili.

Le maritate con prole numerosa sono le donne che dànno il minor contingente allo sviluppo di tali neoplasmi.

Non esito quindi, per mio conto, a mettere fra una delle cause più gravi dell'origine di fibromiomi la prolungata pratica del coito incompleto.

Nè meno gravi sono le lesioni che conseguono alle tube e alle ovaia. La prolungata congestione di tali organi, il lungo loro permanere in istato di eretismo, conduce man mano a iperemie e a versamenti (idrosalpingi) delle tube, e a *ipertrofia e degenerazione sclerocistica delle ovaia.*

E il risultato finale poi ne è la *sterilità forzata,* quasi punizione inflitta da madre natura; insistenti e dolorose nevralgie lombo-sacrali; inesplicabile senso di generale malessere, turbamenti nervosi che il più delle volte sono diagnosticati *isterismo.*

Non è facile stabilire istologicamente ciò che accade delle ferite lasciate dagli ovisacchi maturati quando le ovaia sono soventi ricondotte e mantenute in prolungato patologico stato congestizio.

Certo è logico indurne alterazioni non lievi che possono non poco influire così sulle condizioni psichiche della paziente che sul suo metabolismo.

Concludendo.

L'applicazione delle teorie malthusiane considerata dal lato sanitario oltre che non deve essere scevra di danni per l'uomo (e ciò facilmente potrà dimostrarsi dai cultori delle malattie nervose e mentali) costituisce indubbiamente una causa altrettanto grave quanto finora insufficientemente conosciuta di serie e talora fatali · malattie utero-ovariche e di consecutivi non meno serî e sovente irremediabili squilibrî generali dell'organismo femminile. Dissi *causa altrettanto grave quanto insufficientemente conosciuta,* perchè nel mentre, come credo di avere in modo esauriente dimostrato così clinicamente che sulla scorta dell'anatomia patologica essere impressionante tanto il numero quanto l'entità delle alterazioni che all'apparecchio genitale e, per riflesso, a tutto l'organismo da tale pratica possono derivare alla donna, scorrendo invece i trattati di Ginecologia, sia esteri che nazionali, dai più antichi ai più recenti, veggo tale causa

neppure ricordata o tutt'al più accennata solo incidentalmente. Ed il Doléris stesso, che certo fu il ginecologo che più si avvicinò allo studio di questo argomento, che scrisse una poderosa monografia (*Métrite et fausse métrite,* editeur A. Maloine, Paris 1892) su lesioni che più frequentemente da tale causa originano, lo stesso Doléris, pur avendo con sano criterio clinico e anatomo-patologico distinto le lesioni nutritizie e neoplastiche dell'utero d'origine infiammatoria microbica, da quelle che egli chiamò dipendenti da « troubles physiologiques, conséquences des simples troubles de nutrition » lo stesso Doléris, ripeto, non vi accenna per nulla in modo particolare, e l'unica frase che vi può forse alludere e che in detta monografia si legge è: « excitation factices ».

Ora io non dubito che un numero grande di quei casi clinici che richiamarono la sua attenzione maggiormente, come richiamarono pure l'attenzione dello Scanzoni, del Pozzi, dell'Auvard, del Courty, dell'Huguier, ecc., tanto da far loro stabilire una classe speciale di metriti, siano appunto casi di metriti originate da coabitazione artificiosa, incompleta.

E la *fausse métrite* del Doléris (1), la *metrite cronica da ingorgo* dello Scanzoni (2), la *métrite douloureuse cronique* del Pozzi (3), la *congéstion utérine* dell'Auvard (4), l'*engorgement* dell'Huguier (5), dell'Aran, del Courty, ecc. per una parte rappresentano le alterazioni ch'io sopra descrissi chiamandole col nome generico di *metriti ipertrofiche funzionali,* classificandole col nome di *metrite ipertrofica funzionale iperemica* per la fase meno avanzata, di *metrite ipertrofica funzionale interstiziale* per la fase intermedia, e di *metrite ipertrofica funzionale sclerotica* per la fase ultima e più grave. Ed egualmente non esito a ritenere che moltissimi casi di patologiche flessioni e versioni e di spostamenti in massa dell'utero, di ulcerazioni e lesioni profonde del collo, di annessiti, di alterazioni ovariche, di parvicelluliti ed anco di epiteliomi del muso di tinca hanno nelle pratiche malthusiane quelle prime origini che sovente invano ricercano clinici e trattatisti.

---

(1) Loco citato.
(2) *De la métrite cronique, etc.*
(3) Pozzi, *Traité de Gynécologie.*
(4) Auvard, *Traité de Gynécologie.*
(5) *Bulletin de médecine,* XV, 1, 20, 1850.

Ai quali fatti morbosi se si aggiungono le tante e tanto frequenti e ben sovente così gravi conseguenze degli aborti criminosi, facilmente si comprende come l'applicazione pratica delle teorie malthusiane ed in oggi dei seguaci della così detta *régéneration*, costituisca un capitolo importantissimo nell'eziologia delle malattie utero-ovariche e conseguenti squilibrî generali, psichici, del sistema nervoso e di tutto il ricambio del materiale dell'organismo femminile.

Quando alla mia prelezione al primo corso che tenni di Ginecologia a Genova nel novembre 1887 (*Sulla frequenza delle malattie utero-ovariche*) ebbi a dimostrare che in parte l'aumentata frequenza delle malattie utero-ovariche era solo apparente, data cioè dai progrediti mezzi di indagine che permettevano di diagnosticarle, ma in parte era reale, già fino d'allora io consideravo come una delle cause di tale maggior *vera frequenza* la più ampia applicazione delle teorie malthusiane provocata dalle aumentate esigenze sociali che inducono le famiglie a limitare il numero della prole.

L'esperienza mia clinica personale che a tale questione in particolar modo si risolve sempre dal 1887 ad oggi man mano ognor più mi andò persuadendo in questa opinione. Epperò io sono convinto che si compirà un'opera altamente utile così dal lato sociale che dal lato sanitario richiamando su tale grave problema l'attenzione del pubblico, e che è dovere del ginecologo l'ospitare nei trattati di Ginecologia un capitolo che abbia per titolo: *Il malthusianismo nell'eziologia delle malattie utero-ovariche.*

Per tale modo il Ginecologo camminerà di conserva coll'economista e col sociologo in un apostolato ch'io non esito a chiamare altamente umanitario e del quale sopratutto grata dovrebbe esserci la donna, che anche in ciò rappresenta la maggiore e quasi unica vittima.

INDICE